

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)



Deutsche Rentenversicherung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

MSAT / MSNR

--	--	--	--

## Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation)

# G0612

**Hinweis:** Bitte den Befundbericht vollständig und **gut lesbar** (möglichst elektronisch) ausfüllen.

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird		Geburtsdatum
Kind (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

**Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!**

1	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation	ICD-10				
1.						
2.						
3.						
2	<b>Krankheitsvorgeschichte</b> (Beginn und Verlauf)					
3	<b>Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen</b>					
4	<b>Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik</b> (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)					
5	<b>Untersuchungsbefund</b>	Datum der Befunderhebung:				
	<b>Gewicht:</b> kg <b>Größe:</b> cm					
Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:						
<input type="checkbox"/>	Atemwege	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	Herz / Kreislauf	
<input type="checkbox"/>	Bauchorgane	<input type="checkbox"/>	Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	Nervensystem und Psyche	
von der Norm <b>abweichende Befunde:</b>						
Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?						
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja			
Falls nein, welche Abweichungen?						




**6 Art und Umfang der bisherigen Behandlung** (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Teilnahme an DMP, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)

**7 Bisherige stationäre Behandlung** (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)

**8 Das Kind ist bei mir in Behandlung**

**laufend / häufig** seit: \_\_\_\_\_

**gelegentlich**, zuletzt am: \_\_\_\_\_

**9 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Therapeuten**

**10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?**

**11 Familiäre Krankheitsdisposition** (zum Beispiel Adipositas, Allergie, Asthma)

**12 Soziale Kontextfaktoren** (Probleme im Elternhaus, in Kindergarten und Schule, im sozialen Umfeld?)

**13 Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind** (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft, ausreichende Belastbarkeit)

**14 Besuch von**

Kindergarten  Schule \_\_\_\_\_ (Schulform und Klassenstufe)

Sonstige Einrichtung: \_\_\_\_\_

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

nein  ja, Schwerpunkt Lernen

ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung

**15 Bemerkungen**

Ich bitte um Rückruf durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt

des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung

der Rehabilitationseinrichtung

**16 Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut**

Name, Vorname

Telefonnummer

